

社会福祉法人 親愛会 特別養護老人ホーム親愛の丘市川 入居申込書

申込日：西暦 年 月 日

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
氏名	様		年 月 日	年齢	歳
住所	〒 ー				
電話番号		携帯電話番号			
介護保険被保険者番号		要介護度	5・4・3・2・1		
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
介護保険負担割合証	1割・2割・3割	介護保険負担限度額認定証	有・無		
入所を希望する理由	<p><b>1. <u>入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。</u></b>                  (介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><b>2. 要介護度1・2の方については以下該当するものを回答してください。</b></p> <p><input type="checkbox"/> 認知症で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、あるいは同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず且つ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。</p>				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 既に申し込んでいる他の施設名 ( ) 今後申し込む予定の他の施設名 ( )				

※主介護者とは、主に介護をしている方（ご家族ご親族など）のことを指します。  
 主介護者の記載がないところをご本人（入居する方）の事柄を記入してください。



現病歴	期間	病名	病院名	内服薬・外用薬
	年 月～			
	年 月～			
	年 月～			
既往歴	期間	病名	病院名	
	年 月～			
	年 月迄			
	年 月～			
	年 月迄			

生活歴（生まれ・仕事・趣味等 わかる範囲でできるだけ詳しく記入してください）

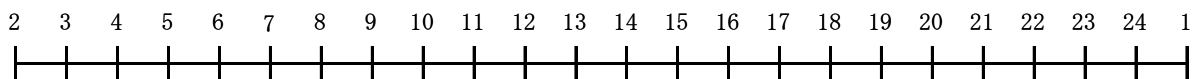
主介護者について	<input type="checkbox"/> 介護認定・要支援認定を受けている	
	<input type="checkbox"/> 難病・障害がある（病名・障害名 _____）	
	<input type="checkbox"/> 疾病の為、介護に支障がある（病名 _____）	
	<input type="checkbox"/> 75歳以上である	
	<input type="checkbox"/> 他に介護の必要な同居者がいる	
	<input type="checkbox"/> 就労している（1日 時間 / 1ヵ月 日）	
	<input type="checkbox"/> 育児をしている（子の人数 人 / 年齢 歳）	
<input type="checkbox"/> 特に事情がない		
主介護者の経済状況	職業	正社員・自営業・派遣社員・パート又はアルバイト・無職
	年金	国民・厚生・共済・遺族・恩給・障害
	生活保護	有・無
	市民税	課税世帯・非課税世帯
	年収	万円位 （扶養家族 有・無）

	項目	状況				備考
移動	屋外移動	1. できる	2. できない (杖・歩行器・シルバーカー・車いす)			
	屋内移動	1. できる	2. できない (杖・歩行器・シルバーカー・車いす)			
	移乗	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	立ち上がり	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	立位保持	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	座位保持	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	寝返り	1. できる	2. できない			
	補助具	1. なし	2. ある (使用箇所:			
食事	食事	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	主食	1. 常食	2. 柔らかめ	3. 全粥	4. ペースト	
	副食	1. 常食	2. 一口大	3. 刻み	4. ペースト	
	とろみ	1. なし	2. 使用			
	食事制限	1. なし	2. 減塩食	3. 糖尿病食	4. その他 ( )	
	アレルギー	1. なし	2. ある ( )			
	禁食	1. なし	2. ある ( )			
	好き嫌い	1. なし	2. ある ( )			
	食事用具	1. 箸	2. スプーン	3. フォーク	4. 自助具	
		5. 湯呑	6. カップ	7. 吸い飲み	8. エプロン	
	嚥下機能	1. 良い	2. 時々むせる	3. 常時むせる		
	食事場所	1. イス	2. 車イス	3. ベッド		
	義歯	1. 自歯	2. 部分義歯 (上・下)	3. 総義歯 (上・下)		
		4. 欠損 (状態・部位: )				
食欲	1. ある	2. 時々ない	3. ない			
服薬	薬の管理	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	とろみ	1. なし	2. 使用			
排泄	排尿場所	日中	1. トイレ	2. ポータブル	3. 尿器	4. ベッド
		夜間	1. トイレ	2. ポータブル	3. 尿器	4. ベッド
	排便場所	日中	1. トイレ	2. ポータブル	3. ベッド	
		夜間	1. トイレ	2. ポータブル	3. ベッド	
	尿意	1. ある	2. ない	3. バルーン		
	便意	1. ある	2. ない	3. 摘便	4. ストマ	
	下着	日中	1. 布パンツ	2. 尿取りパット	3. リハビリパンツ	4. 紙おむつ
		夜間	1. 布パンツ	2. 尿取りパット	3. リハビリパンツ	4. 紙おむつ
	排泄失敗	1. あり	2. 尿のみあり	3. 便のみあり	4. なし	
入浴	入浴	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	入浴形態	1. 個浴	2. 車いす浴	3. 特浴		
	洗身・洗髪	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	入浴意欲	1. ある	2. 時々ない	3. ない		
	入浴回数	1. 毎日	2. 週 回			
	介護サービスでの入浴利用	1. している				
	2. していない					

	項目	状況				備考
更衣	上衣	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	下衣	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	靴下	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
	靴	1. できる	2. 見守り (声掛け)	3. 一部介助	4. 全介助	
睡眠	状態	1. 良眠	2. やや不眠	3. 不眠	4. 昼夜逆転	
	場所	1. ベッド	2. 布団	3. その他 ( )		
	睡眠導入剤	1. なし	2. 使用			
整容	介助が必要なもの	1. 整髪	2. 口腔ケア	3. 義歯管理 (可能・不可)		
		4. 爪切り (手・足)	5. ひげ剃り			
身体状況	体格	身長	cm	体重	kg	
	視力	1. 普通	2. 見えにくい (右・左)	眼鏡・コンタクト		
		3. ほとんど見えない (右・左)	4. 全く見えない			
	聴力	1. 普通	2. 大きい声なら聞こえる (右・左)	補聴器 (右・左)		
		3. ほとんど聞こえない (右・左)	4. 全く聞こえない			
	言語	1. 普通	2. 障害あり (構音・失語)			
	麻痺	1. なし	2. あり ( 上肢 : 右・左 )	( 下肢 : 右・左 )		
	拘縮	1. なし	2. あり ( 上肢 : 右・左 )	( 下肢 : 右・左 )		
	補助具	1. なし	2. あり ( 上肢 : 右・左 )	( 下肢 : 右・左 )		
	疼痛	1. なし	2. あり ( 部位 :	頻度		
褥瘡	1. なし	2. あり ( 部位 :				
皮膚疾患	1. なし	2. かゆみ	3. 乾燥	4. 水虫		
	5. その他 (	部位 (				
周辺症状	認知症	1. なし	2. 軽度	3. 中度	4. 重度	
	意思疎通	1. 問題ない	2. 時々困難	3. 全くとれない		
	理解力	1. 問題ない	2. 時々困難	3. 全くとれない		
	転倒	1. なし	2. 時々ある	3. 常にある		
	転落	1. なし	2. 時々ある	3. 常にある		
	徘徊	1. なし	2. 落ち着きがない		3. 目的なく歩き回る	
		3. 一人で外出したがる				
	不潔行為	1. なし	2. 時々ある	3. 常にある		
	被害妄想	1. なし	2. 時々ある	3. 常にある		
	物忘れ	1. なし	2. 時々ある	3. 常にある		
	見当識障害	1. なし	2. 時間がわからなくなる		3. 場所がわからなくなる	
		3. 場所がわからなくなる	4. 人がわからなくなる			
	攻撃的な言動	1. なし	2. 暴言	3. 暴力		
収集癖	1. なし	2. 物に執着し集めたり、無断で持ってくる				
幻覚幻聴	1. なし	2. 幻覚	3. 幻聴			
感情不安定	1. なし	2. 不安感が強い	3. 興奮しやすい			

	項目	状況				備考
周辺 症状	会話の繰り返し	1. なし	2. 同じ話しを何度も繰り返す			
	作話	1. なし	2. 現実に無い事を周囲に話すことがある			
	介護への抵抗	1. なし	2. 助言や介護に抵抗することがある			
	うつ	1. なし	2. ある			
	意欲低下	1. なし	2. 時々ある	3. 常にある		
	食事	1. なし	2. 過食	3. 拒食	4. 異食	
	自傷行為	1. なし	2. ある			
	異性に対して の問題	1. なし	2. 異性に対して卑猥な言動がある			
性格	性格	1. 温厚	2. 活動的	3. 社交的	4. 話好き	
		5. 頑固	6. 気分的	7. 内向的	8. 無口	
		9. わがまま	10. 几帳面	11. 自己中心的	12. 物静か	
		13. 短気	14. 神経質			
嗜好	喫煙	1. なし	2. ある ( 本/日)			
	飲酒	1. なし	2. ある ( 日/日)			
備考						

1日の生活の流れ ※睡眠、食事、排泄、趣味活動等



現在利用しているサービス

	サービスの種類	回数	事業所名
<input type="checkbox"/>	訪問介護	週 日	
<input type="checkbox"/>	訪問入浴	週 日	
<input type="checkbox"/>	訪問看護	週 日	
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ	週 日	
<input type="checkbox"/>	通所介護	週 日	
<input type="checkbox"/>	通所リハビリ	週 日	
<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	月 日	
<input type="checkbox"/>	その他	日	
福祉 用具	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品 (クッション、テーブル等)	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 体位交換器	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> 感知器	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖
	<input type="checkbox"/> スロープ	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 移動用リフト

希望入居形態	第1希望	ユニット型個室	・	多床室
	第2希望	ユニット型個室	・	多床室

- ・入居申込書を提出する際には「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください。  
「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方はあわせてコピーを添付してください。
- ・入居申込書の記入は、入居を希望をされている方の状態を把握されている方がご記入ください。
- ・ご家族の方の記入が困難な場合は担当のケアマネージャー様にご相談ください。
- ・お申込み後、お申込み内容等に変更がありましたら、お手数ですがご連絡をお願いいたします。また、他の施設にご入居された場合やご逝去された等によって、お申し込みを辞退される場合にも必ずご連絡いただけますようお願いいたします。

同意欄	入所判定及び入居待機者の状況把握に必要な場合は、施設や市町村、居宅介護支援事業所等から必要な情報を得ることに同意します。			
	令和	年	月	日
	入所希望者	氏名		⑩
	申込代理人	氏名		⑩ 続柄